

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

N°

1030

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(DIPLOMÉ D'ÉTAT)

PAR

DUPUY Pierre

Né le 23 Janvier 1914, à Angers

DU TRAITEMENT DE LA BLENNORRHAGIE MASCULINE

Variations et Résultats

Président : M. CHEVASSU, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91. BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1939

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

N°

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

DUPUY Pierre

Né le 23 Janvier 1914, à Angers

**DU TRAITEMENT DE LA BLENNORRHAGIE
MASCULINE**

Variations et Résultats

Président : M. CHEVASSU, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
91. BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1939

Le Doyen..... IFFENEAU

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	LÉON BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	POLONOVSKI
Bactériologie	ROBERT DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI
Pathologie chirurgicale.....	MONDOR.
Anatomie pathologique.....	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	CHIRAY.
Clinique médicale.....	LOEPER
	CARNOT.
	CLERC.
	MARCEL LABBÉ.
	LEREBoullet.
	NOBECOURT.
	H. CLAUDE.
	GOUGEROT.
	GUILLAIN.
	LEMIERRE.
	CUNEO
	GOSSET
	GREGOIRE
	ENCRMANT.
	TERRIEN.
	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
	LEVY-SOLAL.
	MOCQUOT.
	OMBREDANNE.
	RATHERY.
	LEMAÏPE.
	PIERRE DUVAL.
	M. VILLARET.
	TROISIERS.
	MATHIEU.
	LAUBRY.
	CLOVIS VINCENT.
	N...
	HAZARD.
	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.
Professeurs sans chaire.....	



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

Pathologie chirurgicale.. AMELINE.
Pathologie médicale BARIETY.
Pathologie médicale..... BÉNARD HENRI.
Pathologie médicale..... BERNARD ETIENNE.
Hydrologie..... BESANÇON JUSTIN.
Pathologie médicale..... BOULIN.
Histologie BULLIARD.
Pathologie médicale..... CATHALA.
Pathologie médicale..... CHEVALLIER.
Pathologie médicale COSTE.
Physique DOGNON.
Urologie FEY.
Pathologie chirurgicale.. FUNCK.
Parasitologie GALLIARD.
Bactériologie GASTINEL.
Pathologie chirurgicale.. DE GAUDART D'ALLAINES.
Physiologie GAYET.
Pathologie médicale..... DE GENNES.
Histologie GIROUD.
Pathologie médicale..... HAGUENAU.
O-rhino-laryngologie .. HALPHEN.
Anatomie pathologique.. HUGUENIN.
Hygiène JOANNON.
Obstétrique LACOMME.

MM.

Obstétrique LANTUÉJOU..
Pathologie médicale..... LAROCHE GU.
Parasitologie LAVIER.
Pathologie médicale LELONG.
Pathologie expérimentale LEMAIRE.
Pathologie chirurgicale.. LEVEUF.
Pharmacologie Mlle J. LEVY.
Neurologie et Psychiâtrie LEVY-VALENS.
Pathologie chirurgicale .. MÉNÉGAUX.
Pathologie médicale..... MOLLARET
Pathologie médicale..... MOREAU.
Pathologie chirurgicale.. MOULONGUET.
Pathologie médicale..... MOUQUIN.
Pathologie chirurgicale.. PETIT-LUT.
Médecine légale..... PIÉDELIEVRE.
Obstétrique PORTES.
Ophtalmologie RENARD.
Physiologie RICHET.
Pathologie chirurgicale.. SÉNÈQUE.
Pathologie médicale..... TURPIN.
Obstétrique VIGNES.
Pathologie chirurgicale.. WILMOTH.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

Pathologie chirurgicale.. ALGLAVE.
Pharmacologie BUSQUET.
Physiologie CHAILLEY-BERT
Obstétrique GUÉNIOT.
Pathologie chirurgicale .. HEITZ-BOYER.

MM.

Pathologie chirurgicale.. LARDENNOIS.
Obstétrique LE LORIER.
Parasitologie NEVEU-LEMAIRE.
Pathologie chirurgicale .. SCHWARTZ.
Obstétrique VAUDESCAL.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.
ALAJOUANINE.	} Clinique médicale	BASSET.
AUBERTIN.		BROCQ.
BRULÉ.		CADENAT.
CHABROL.		GATELLIER.
DONZELOT.		MOURE.
DUVOIR.		QUENU.
LIAN.		VELTER.
PASTEUR-VALLERY-		} Clinique chirurgicale
RADOT.		
SEZARY.		
MM.	} Clinique obstétricale.	
ECALLE		
METZGER		

V. — CHARGÉS DE COURS

	MM.
Education physique.....	CHAILLEY-BERT, agrégé.
Radiologie clinique.....	LEDoux-LEBARD.
Stomatologie	RUPPE.
Puériculture	WEIL-HALLÉ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES GRANDS PARENTS

A MA SŒUR

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CHEVASSU

*Qui a bien voulu présider ce
travail.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR CH. MOTZ

Qui l'a inspiré.

A TOUS MES MAITRES



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547906_0050

INTRODUCTION

Etant donné la grande fréquence de la gonococcie uréthrale chez l'homme, et les résultats médiocres obtenus avec les méthodes employées il y a encore peu de temps, cette thèse se propose d'étudier les différents moyens thérapeutiques employés ou bien les combinaisons de méthodes connues qui seraient plus efficaces. Pour arriver à ce but, il faut d'abord connaître exactement ce que donne chacune des méthodes pour pouvoir faire entrer une comparaison scientifique, c'est-à-dire basée sur des documents impartiaux et précis.

Il nous a semblé que pour ouvrir la voie à ces recherches, la première étude à entreprendre serait la vérification des résultats obtenus dans la blennorragie de l'homme par les grands lavages au permanganate de potasse si bien réglés par Janet. Nous étudierons ensuite les effets thérapeutiques des dérivés sulfo conjugués.

Nous prendrons comme exemple la consultation d'urologie de l'hôpital Saint-Louis.

Afin de donner une idée du mouvement des malades à la consultation, nous donnerons seulement ces

quelques chiffres : en 1932, le nombre total de malades nouveaux était de 12.964, dont à peu près 3.500 gonococcies et le nombre de traitement : 304.431.

A cause du nombre insuffisant d'infirmiers, la plupart des malades sont obligés de se faire eux-mêmes les grands lavages, il est donc certain que leur technique laisse souvent à désirer. Par ailleurs, sauf cas exceptionnels, le malade repasse la visite tous les 8 jours.

Notre étude a été rendue possible par l'examen microscopique systématique de la sécrétion uréthrale et aussi à des fiches standard établies par le Docteur Ch. Motz, qui a tant fait pour cette thèse.

RESULTATS OBTENUS DANS LA GONOCOCCIE URETHRALE PAR LES GRANDS LAVAGES AU PERMANGANATE DE POTASSE

MATÉRIAUX CLINIQUES DE NOTRE ÉTUDE

Notre travail est basé sur l'ensemble des malades atteints de gonococcie uréthrale qui se sont présentés à la consultation des hommes entre décembre 1932 et juin 1933, et qui étaient au nombre de 1.788, dont 275 (15 %) ne sont venus en consultation qu'une seule fois et n'ont été ni traités, ni suivis par le personnel de l'hôpital Saint-Louis, aussi nous ne nous en occupons pas.

Les autres malades, soit 1.513 cas, peuvent être répartis en deux groupes; premier groupe : comportant 513 malades qui ont abandonné leur traitement ou qui ne sont pas revenus pour faire vérifier leur guérison complète;

Deuxième groupe, composé de 1.000 malades traités par les grands lavages au permanganate de potasse jusqu'au contrôle de leur guérison.

Il était intéressant de savoir à propos de l'ensemble

de 1.513 malades, combien de cas auraient pu bénéficier du traitement abortif, qui donne d'excellents résultats semble-t-il.

D'une façon schématique, le traitement paraît ne donner des résultats vraiment favorables que chez les malades atteints d'une uréthrite gonococcique antérieure dont la sécrétion ne date pas de plus de 48 heures, or, sur 1.513 cas, seulement 191 malades (12 %) se sont présentés dans ces conditions. Sur ce chiffre, la moitié aurait eu une chance d'être guéris rapidement. Néanmoins, on peut constater que sur 1.000 malades dont nous parlerons plus loin, 63 auraient pu être guéris en quelques jours si la consultation avait été organisée pour l'application de ce traitement.

RÉSULTATS THÉRAPEUTIQUES

1) *Malades ayant abandonné leur traitement.*

Parmi les 513 malades perdus de vue au cours du traitement ou dont la guérison n'a pas été contrôlée, il y avait :

A) 53 malades arrivés à un stade où les urines étaient claires et sans aucune sécrétion uréthrale depuis 8 jours. Tout porte à croire que la plupart d'entre eux étaient guéris, mais il n'y a aucune preuve formelle ;

B) 72 malades étaient irréguliers. La majorité de ces malades ont reçu une ordonnance pour continuer leur traitement chez eux ;

C) 39, chez lesquels est survenu une complication sérieuse (épididymite ou prostate aiguë) au cours du traitement ont abandonné leur traitement à l'hôpital.

Il est à noter que sur l'ensemble des 513 malades, 339 (66 %) ont quitté l'hôpital au cours du premier mois de traitement.

2) *Malades guéris.*

Les malades ayant suivi le traitement jusqu'à guérison étaient au nombre de 1.000.

Nous verrons :

A) Quelle était la durée de traitement de l'ensemble de ces malades;

B) S'il y avait un rapport entre la durée de la maladie et la localisation de l'infection;

C) S'il existait une grande différence dans les résultats obtenus suivant le moment (par rapport au début de l'écoulement) on a commencé le traitement;

D) Les cas difficiles et rebelles;

E) Les complications.

A) Durée du traitement de l'ensemble des malades.

En chiffre rond :

18 % de malades guéris en un mois.

44 % au bout de six semaines.

67 % en deux mois.

88 % en trois mois.

Ces chiffres aident à contester une opinion répandue, d'après laquelle la durée moyenne de la gonococcie uréthrale est de six semaines.

Il semble qu'on peut considérer que la durée moyenne des uréthrites gonococciques est de deux mois. Cette constatation justifie pleinement l'opinion exprimée par le Docteur Motz, disant qu'en général ce traitement de la gonococcie, même avec les meilleures méthodes, donne des résultats médiocres.

Il en résulte qu'une thérapeutique qui, malgré un régime et une hygiène sévère imposés au malade, exigeaient en moyenne deux mois de traitement, demandait à être améliorée.

B) Durée du traitement suivant la localisation de l'infection.

a) Urèthre antérieur seul atteint au début du traitement (478 malades).

15 jours au moins	2,7 %
15 jours à trois semaines	3,3 %
3 semaines à un mois	12,6 %
1 mois à six semaines	27,4 %
6 semaines à deux mois	24 %
2 mois à deux mois 1/2	11,3 %
2 mois 1/2 à trois mois	8,2 %
Plus de trois mois	10,5 %

b) Les deux urèthres sont envahis au début du traitement (471 malades).

15 jours au moins	1,9 %
15 jours à trois semaines	2,7 %
3 semaines à un mois	13 %
1 mois à six semaines	24,5 %

6 semaines à deux mois	21,2 %
2 mois à deux mois 1/2	10,2 %
2 mois 1/2 à trois mois	9,2 %
Plus de trois mois	17,3 %

Il découle de ces chiffres que la différence dans la durée du traitement chez des malades, atteints au début du traitement, soit d'une uréthrite antérieure, soit d'une uréthrite totale est minime.

Ce qui est à remarquer, c'est l'influence de la propagation de l'infection à l'urèthre postérieur sur le nombre de cas rebelles, dont le traitement dépasse trois mois. Parmi les malades dont l'urèthre antérieur est seul atteint au début du traitement, c'est seulement un malade sur dix qui est atteint d'une forme rebelle, tandis que cette grave variété s'observe dans un cas sur six si l'infection a déjà envahi l'urèthre postérieur.

C) Durée du traitement selon le moment où on l'a commencé.

Il était intéressant de voir s'il existait aussi un rapport entre la durée du traitement et le moment auquel il était commencé, par rapport au début de l'écoulement.

Guérison au bout de :	6 semaines	2 mois
224 malades venus moins de 2 jours après le début de l'écoulement	43 %	70 %
223 malades venus entre deuxième et quatrième jour de l'écoulement	38 %	60 %

211 malades venus du		
quatrième au huitième jour		
de l'écoulement	47 %	66 %
82 malades venus du hui-		
tième au quinzième jour		
de l'écoulement	41 %	68 %

Ces chiffres font voir que le nombre de malades guéris au bout de six semaines ou de deux mois était presque identique. Ce pourcentage de guérison indique la durée du traitement; mais pour obtenir la vraie durée de la maladie, il faut ajouter aux malades venus après le quatrième jour et ceux venus après le huitième jour, respectivement une moyenne de six et de douze jours, ce qui fait déjà une différence importante dans la durée de la maladie.

Ceci montre la nécessité de commencer le traitement le plus tôt possible.

D) Cas difficiles et rebelles.

Les cas difficiles sont ceux dont le traitement dépasse deux mois, et les cas rebelles, ceux qui demandent pour leur guérison plus de trois mois.

Sur 1.000 cas étudiés à l'hôpital Saint-Louis, il y avait 200 cas difficiles et 125 cas rebelles.. soit au total un tiers des malades.

Contrairement à l'opinion répandue, le foyer résistant à l'action des antiseptiques paraît se trouver dans la majorité des cas, dans l'urèthre antérieur et dans les glandes infectées. Dans tous ces cas, l'action du permanganate de potasse seul s'est montrée insuf-

fisante et on devait recourir aux moyens adjuvants qui sont : massage sur beniqué droit des infiltrations glandulaires de l'urèthre antérieur, la dilatation au Kollmann, le pansement à demeure, les bougies médicamenteuses, le mercurochrome, les vaccins, etc...

E) Complications.

On a constaté les complications suivantes :

Orchi épididymite.

94 cas, soit 9,4 %, dont 41 cas avant le traitement, et 53 cas au cours du traitement.

Prostatite suppurée aiguë.

23 cas, soit 2,3 % dont 8 cas avant le traitement, 15 cas au cours du traitement.

Cystite.

31 cas, soit 3,1 % dont 14 avant le traitement, 17 cas au cours du traitement.

Littrite abcédée et incisée.

7 cas, soit 0,7 %.

Rhumatisme.

13 cas.

Urétrite post-gonococcique à microbes banaux.

90 cas, soit 9 %.

Il y a donc eu 258 complications sur 1.000 malades, dont 69 avant traitement et 189 pendant.

1) *Orchi-épididynnite.*

Pour faire voir jusqu'à quel point la désinfection totale de l'urèthre diminue le nombre de complica-

tions, nous nous bornerons à la comparaison du nombre d'épididymites chez les malades soumis aux lavages antiseptiques, avec leur fréquence chez les malades soignés en 1935 encore suivant les anciennes méthodes (balsamiques).

Le Professeur Finger a constaté 30 % d'épididymites chez les malades soignés à sa clinique de la Faculté de Vienne, alors qu'il n'y en avait que 9,4 % à l'hôpital Saint-Louis. On voit donc une différence frappante en faveur des grands lavages.

Un certain nombre de spécialistes ont eu des résultats désastreux après les grands lavages antiseptiques : cystite, prostatite, vésiculites, épидидymites demandant plusieurs mois de traitement, cela provient peut-être du fait qu'il ne s'agissait pas d'infection gonococcique mais d'infection à microbes banaux; ce qui constitue une contre-indication absolue dans les uréthrites antérieures aiguës à microbes banaux.

Le Docteur Motz l'explique par le fait que le gonocoque est très sensible à l'action des substances antiseptiques même très faibles, tandis que certains microbes banaux dont la virulence est minime par comparaison avec celle du gonocoque, demande des doses plus fortes et un séjour plus prolongé dans les antiseptiques pour être détruits. Il en résulterait qu'un gonocoque, même introduit avec une solution antiseptique dans la vessie, perd sa virulence et est incapable de provoquer une inflammation, tandis qu'un microbe banal peu touché par un court séjour dans une solution antiseptique, conserve assez de virulence

pour provoquer une poussée inflammatoire dans la région où il est resté après le lavage.

Donc pas de grands lavages chez les malades atteints d'urétrite antérieure aiguë avant l'examen minutieux de la sécrétion pour déterminer le germe en cause. Même dans la gonococcie, il paraît préférable de commencer le traitement par quelques lavages de l'urèthre antérieur avant de recourir aux lavages uréthro-vésicaux.

2) *Prostatite.*

La prostatite subaiguë paraît extrêmement fréquente et guérit facilement.

Nous n'avons cité plus haut que les cas de prostatite aiguë et suppurée qui, d'ailleurs, n'étaient pas très nombreux, 2,3 %. Il est à remarquer que depuis trois ans, dans le Service de Saint-Louis, où il y a à peu près 3.500 gonococcies par an, on n'a pas trouvé une seule prostatite suppurée aiguë justiciable à une intervention chirurgicale. Ces malades suivis de près par un assistant, admis précocement dans le service, ont reçu en dehors des lavements et suppositoires, des injections de propidon et ont guéri leur prostatite par ouverture de la collection suppurée dans l'urèthre, c'est dire que la menace de fistulisation dans le rectum ou la gravité de l'état général qui constituent les deux seules indications opératoires, sont extrêmement rares.

3) *Littrite abcédée.*

Les littrites abcédées ont été incisées dès que la collection purulente a été formée et ont évolué rapidement vers la cicatrisation.

3) *Cystite.*

Les cystites guérissent en quelques jours grâce aux instillations dans l'urèthre postérieur de nitrate d'argent au 1/200. La gonacrine a aussi une action favorable dans les poussées d'uréthro-cystite aiguë.

3) *Rhumatisme.*

Les cas observés soumis au vaccin antigonococcique de l'Institut Pasteur ont guéri assez rapidement.

4) *Uréthrite post-gonococcique à microbes banaux.*

Pour éviter les uréthrites chroniques à microbes banaux post-gonococciques, il semble bon de dessécher l'urèthre, après quatre jours d'observation pour vérifier la disparition des gonocoques, par quelques cautérisations de nitrate d'argent servant de test de guérison.

La grande majorité de ces uréthrites guérit relativement vite, mais il y a des cas qui évoluent vers la chronicité et qu'il faut traiter immédiatement. Il semble pourtant qu'un grand nombre d'uréthrites chroniques sont consécutives à une uréthrite aiguë à microbes banaux mal soignée et qui a été prise pour une gonococcie.

Quant aux uréthrites chroniques à gonocoques, leur existence n'est pas contestable, mais même en milieu hospitalier elles sont tout à fait exceptionnelles.

Le rétrécissement de l'urèthre étant la conséquence de la sclérose provoquée par l'inflammation chronique des parois uréthrales, il n'est donc qu'exceptionnellement occasionné par une uréthrite gonococcique. Mais il l'est pour ainsi dire toujours par une uréthrite chronique à microbes banaux.

En dehors de ces complications, il a été trouvé trois chancres syphilitiques du méat ou de la fosse vasculaire sur 1.513 malades examinés.

Il nous a paru intéressant de comparer la fréquence des diverses complications survenant au cours des grands lavages au permanganate de potasse, suivant qu'au début du traitement le malade était atteint d'une uréthrite antérieure ou au contraire d'une uréthrite totale.

Localisation de l'infection au début du traitement	Uréthrite antérieure (cas)	Uréthrite totale (cas)
Orchi-épididymite	15	38
Prostatite aiguë suppurée....	5	10
Cystite	7	10
Littrite suppurée et incisée...	2	3
Rhumatisme	4	5
	—	—
Total.....	33	66

La différence est très nette chez les malades dont l'urèthre antérieur seul était atteint lors de leur pre-

mière visite, on a constaté deux fois moins de complications que chez ceux dont l'urèthre postérieur était déjà envahi au commencement du traitement. Le nombre d'épididymites est plus que double (38 contre 15).

Ces chiffres confirment que dans l'intérêt du malade la désinfection de l'urèthre doit être commencée le plus tôt possible et être totale.

PREMIÈRES CONCLUSIONS

1° La durée moyenne du traitement par les grands lavages au permanganate de potasse est de deux mois.

2° 20 % de cas rebelles demandent plus de trois mois de traitement.

3° La désinfection de l'urèthre doit être instituée le plus rapidement possible.

4° Les moyens adjuvants : Kollmann, massages sur beniqué, mercurochrome, etc., sont souvent nécessaires.

5° Les grands lavages diminuent considérablement le nombre des complications.

RESULTATS OBTENUS PAR LE 1162-F ET LE 1399-F

Dans cette nouvelle étape du traitement de la blennorragie masculine, nous nous reporterons encore aux recherches effectuées dans le service du Docteur Gouverneur à l'hôpital Saint-Louis.

ÉTUDE CLINIQUE

C'est en novembre 1937 que l'emploi des dérivés sulfo-conjugués est effectué sur une grande échelle.

Les produits utilisés sont le paraaminophenyl-sulfamide (1152 F) et le diacétyl-amino-diphenyl-sulfoné (1399 F). En l'absence de posologie suffisamment précisée et étant donné la toxicité des produits, il a été procédé par les Docteurs Jaubert et Charles Motz, par tâtonnements pour régler les doses.

Les essais de traitement par la seule chimiothérapie durent être abandonnés, les doses à utiliser étant très fortes (4 à 5 gr. par jour), les intolérances fréquentes et les échecs assez nombreux.

Les lavages au permanganate de potasse furent presque d'emblée associés à des doses de sulfamides de 2 à 3 gr. par jour.

Les résultats obtenus furent publiés en février 1938 à la Société Française d'Urologie.

16,66 % de guérison en moins de 6 jours.

37,5 % de guérison en moins d'un mois.

45,83 % de guérison en plus d'un mois.

Cette statistique paraissait relativement satisfaisante pour une clientèle hospitalière. En effet, la méthode de Janet ne donnait pas plus de 18 % de guérisons en un mois, 44 % en six semaines, 67 % en deux mois.

Certains incidents ayant été provoqués avec cette posologie (asthénie, cyanose, pâleur, ictère, fièvre, urines chargées de pigments biliaires) et, d'autre part, la rapidité d'action des dérivés sulfo-conjugués des amines aromatiques en cas de succès étant constatée, l'étude a été poursuivie en donnant le premier jour 2 gr. de 1152 F ou de 1399 F et 1 gr. les jours suivants jusqu'au quinzième jour. Ensuite, en cas de non guérison, continuation du traitement par les seuls lavages au permanganate de potasse.

Avec les doses ainsi réduites, on observe :

1° Un plus petit nombre de cas très rapidement guéris.

2° Moins de formes traînantes.

Ce dernier point est important, car c'est dans ce groupe que se trouvent un certain nombre de malades

« sulfamido-résistants » dont la guérison est difficile à obtenir. Les complications ont été constatées plus rarement qu'avec la méthode de Janet.

Ces médications peuvent amener toute une série de troubles plus ou moins importants. Le plus fréquent est un état d'asthénie souvent très marqué, accompagné de pâleur ou de cyanose, cette dernière s'observant avant tout avec le 1399 F ; la céphalée, les troubles dyspeptiques, les vertiges, les tendances à la lypothymie, les éruptions cutanées, les œdèmes, sont loin d'être rares.

Les urines prennent fréquemment la teinte acajou.

On note parfois une fièvre à 40° qui peut être accompagnée de délire et qui traduit ainsi une nette intolérance du sujet. Tous ces incidents disparaissent avec la cessation de la médication.

L'ictère peut apparaître presque dès le début : il a été signalé un cas après 5 gr. de 1399 F en trois jours. Sa durée peut être de quinze jours. Dans un cas il a duré un mois accompagné d'un amaigrissement et d'une asthénie externe.

Il a été observé un cas de néphrite hématurique survenue huit jours après cessation de la chimiothérapie per os ; le malade avait reçu 14 gr. de 1399 F en sept jours.

Il n'y a jamais eu de polynévrite ni d'agranulocytose. Il apparaîtrait que l'adjonction d'alcalins neutralisant les phénomènes d'acidose amène une rarefaction des incidents.

Un autre écueil au traitement par les dérivés orga-

no-soufrés lorsque la guérison rapide n'est pas obtenue, est la constatation de formes rebelles résistantes à toutes les thérapeutiques de désinfection locale.

Il semble que ces formes se rencontrent surtout chez les malades qui ont été mis aux doses fortes ou prolongées de dérivés sulfo-conjugués.

L'unique thérapeutique abrégant la durée de ces formes rebelles est l'auto-vaccination conseillée par M. Janet. Il convient dans l'auto-vaccin d'adjoindre aux corps microbiens une anatoxine spécifique obtenue en moins d'un mois et demi.

Le Docteur Motz a appliqué cette méthode dans cinq cas et a enregistré quatre succès en quinze jours (six injections d'auto-vaccin) avec association des lavages.

Il est utile d'attirer l'attention sur les cas de guérisons apparentes, car les dérivés sulfo-conjugués assèchent rapidement la sécrétion uréthrale et cependant le microscope révèle la persistance de diplocoque de Neisser.

On a pu observer des rechutes tardives qui sont loin d'être aussi rarissimes qu'avec la méthode des grands lavages.

ÉTUDE BIOLOGIQUE

Au point de vue hématologique, le chiffre des hématies n'est pas influencé par les sulfamides. Dans la série blanche, le début de l'infection se traduit souvent par une hyperleucocytose nette vers 12.000

éléments. A la fin du traitement, la leucocytose oscille autour de 8 à 10.000 globules blancs.

La polynucléose varie dans le même sens.

Pas de leucopénie ni agranulocytose.

L'urée ne varie pas.

La recherche des pigments biliaires de l'urine permet souvent de déceler leur présence dès le troisième jour du traitement.

Dans son rapport à la Société Française d'Urologie, le Docteur Gouverneur rapporte, que sur une série de 25 observations de malades ayant reçu de 20 à 70 gr. de sulfamides :

36 % présentait des spermatozoïdes nombreux;

28 % des spermatozoïdes diminués, et

36 % des spermatozoïdes rares.

Il n'était pas noté d'azoospermie, ceci s'expliquait par l'élimination dans cette statistique des cas d'orchio-épididymites anciens ou récents.

Cela démontre l'action inhibitrice indiscutable des dérivés organo-soufrés sur la spermatogénèse de l'homme.

A noter aussi la présence de formes anormales ou monstrueuses de spermatozoïdes.

En utilisant des taux moindres de substances actives, c'est-à-dire 2 ou 3 gr. par jour, la catégorie des spermatozoïdes rares est devenue moins importante.

Il a été possible de revoir un certain nombre de malades définitivement guéris et il apparaît que les modifications de la spermatogénèse de l'homme durent longtemps lorsqu'elles se sont manifestées.

Trois malades ont été examinés trois fois en trois mois, un autre trois fois en quatre mois et enfin trois autres quatre fois en cinq mois. Chez un seul de ces malades le sperme est redevenu définitivement normal trois mois après la fin du traitement. Chez tous les autres malades, les spermatozoïdes sont demeurés rares ou diminués, il est possible de voir successivement chez un même malade des alternatives d'amélioration et de ralentissement dans les fonctions séminales.

Ces constatations ont été confirmées par le Professeur L.-M. Pautrier et le Docteur P. Laugier. Mais ces auteurs pensent que l'action inhibitrice n'est que passagère.

Récemment, à la Société de Biologie, MM. Levaditi et Vaisman signalaient que chez les souris mâles en voie de croissance, le para-amino-phényl-sulfamide et l'uliron déterminaient une diminution de la sécrétion spermatique, coïncidant avec un arrêt de la croissance de l'animal.

Les Docteurs Jaubert et Motz en collaboration avec M. Pierre Goret, chef des travaux à l'école vétérinaire d'Alfort, ont entrepris toute une série de recherches sur différents animaux et il résulte que l'ingestion quotidienne par le chien d'une dose de 0 gr. 15 à 0 gr. 10 de 1162 F par kilogramme d'animal, amène, au bout de quinze à vingt jours, la disparition complète des spermatozoïdes. Cette azoospermie se manifeste encore quatre à cinq jours après l'arrêt du traitement, puis les spermatozoïdes réapparaissent

ultérieurement, prouvant ainsi que l'action inhibitrice des dérivés sulfo-conjugués n'est que transitoire.

On note également, chez le chien sulfamidé et à différentes périodes, la présence de spermatozoïdes plus ou moins immobiles, morts ou anormaux. Des examens histologiques en cours apporteront des précisions sur ces différents points.

RESULTATS OBTENUS AVEC LE 693

Depuis septembre 1938, c'est ce para-amino-phényl-sulfamido-pyridine dit corps 693, qui a été utilisé dans le service du Docteur Gouverneur à l'hôpital Saint-Louis.

Ce nouveau produit semble avoir marqué une étape importante dans la médication sulfamidée de la blennorrhagie.

Nous nous bonnerons à mentionner les résultats obtenus par le Docteur Motz à Saint-Louis et les incidents observés, ainsi que les remarques intéressantes à propos de certains cas particuliers.

Cette sulfamido pyridine est indiquée dans toutes les uréthrites gonococciques, soit récentes, soit rebelles, quel que soit leur degré d'acuité. Elle s'est révélée inactive dans les uréthrites à microbes banaux. Elle semble pouvoir être administrée avec succès dans les gonococcies uréthrales compliquées de prostatite, d'épididymite et de cystite. Elle semble inopérante ou peu active dans le rhumatisme gonococcique.

Pour arriver à connaître la valeur réelle du 693 au point de vue thérapeutique dans les uréthrites gonococciques, nous avons pris deux groupes de malades.

— Dans un premier groupe le 693 a été utilisé seul à l'exclusion de toute autre thérapeutique.

— Dans un deuxième groupe, les lavages uréthro-vésicaux au permanganate de potasse ont été associés au 693.

1° Malades soumis exclusivement au 693.

Au début, il a été donné des doses quotidiennes de 3 gr. per os qui furent assez mal supportées. Aussi, par la suite, les doses furent réduites à 2 gr. et parfois seulement 1 gr. par jour.

La dose totale de 693 dans les premiers cas variait entre 10 et 20 gr. Par la suite, elle ne dépassait pas en tout 10 gr., sauf dans les insuccès où elle atteignait 20 gr. La plupart des malades ont reçu 2 gr. pendant cinq jours ou 2 gr. pendant deux jours et 1 gr. pendant six jours.

33 malades ont été ainsi traités avec 28 guérisons en moins de dix jours et cinq échecs, soit 85 % de succès très rapides.

Si on analyse les échecs, on peut dire que chez trois d'entre eux la situation est restée inchangée ou s'est aggravée deux jours après le début du traitement; l'un a fait une épididymite. Chez les deux autres, après guérison apparente rapide, il y eut des rechutes : dans un cas deux rechutes successives, 21 et 18 jours après l'épreuve de la bière et la réactivation au nitrate d'argent ; dans l'autre cas, la sécrétion uréthrale bourrée de gonocoques, a reparu huit jours après les épreuves de guérison.

Il est impossible de prévoir quels sont les malades dont le traitement est voué à un échec. Une urétrite en apparence bénigne résiste au traitement, alors qu'une urétrite totale suraiguë évolue rapidement vers la guérison en quelques jours, les phénomènes inflammatoires cédant en 48 heures avec éclaircissement des deux verres d'urines.

Enfin, sur les 28 malades guéris, 11 ont présenté par la suite une urétrite post-gonococcique à germes banaux (staphylocoques, entérocoques, bactéries). Ces incidents n'existent pas avec le traitement mixte par lavages et chimiothérapie.

Le 693, d'après ces expériences, est inactif sur les urétrites à microbes banaux et agit spécifiquement sur le gonocoque.

Le traitement chimiothérapique sans désinfection locale, amène la disparition des gonocoques, mais la blennorragie sensibilise la muqueuse uréthrale pour toutes les infections : les germes banaux de la fosse naviculaire ou existant déjà dans les urines au cours des bactériuries ou des pyélonéphrites vont trouver des conditions propices à leur développement.

2° Malades soumis au traitement mixte.

(Lavages au permanganate et 693.)

Les malades ont reçu, en cas de succès, dix jours de lavages de l'urèthre antérieur ou de la verge uréthro-vésicaux, selon le cas, au permanganate. Pendant les cinq premiers jours, ils ont eu 2 gr. par jour de 693.

En cas d'échecs, les lavages sont continués et on prescrit du quinzième au vingtième jour une dose quotidienne de 2 gr. de 693. En cas de nouvel échec, la chimiothérapie est abandonnée de façon définitive.

25 malades ont été ainsi traités avec 80 % de guérisons en dix jours et cinq échecs. Aucun des malades de ce groupe n'a présenté d'urétrite post-gonococcique. C'est là un argument en faveur du traitement mixte, argument qui a d'autant plus de valeur qu'il permet au médecin de suivre le malade et d'éviter ainsi les accidents parfois sérieux de la sulfamidothérapie.

Incidents au cours du traitement.

Le 693 comme les sulfamides en général, ne devra jamais être prescrit aux hépatiques, aux rénaux et aux malades subissant un traitement arsenical ou aux sels d'or.

L'aspirine, les sulfates de soude ou de magnésie sont incompatibles avec la sulfamidothérapie. L'asthénie, la céphalée, l'inappétence, la gastralgie, les vomissements, l'insomnie impliquent une diminution de la dose.

Les éruptions, la pâleur, l'œdème palpébral ou de la face commandent l'arrêt de la chimiothérapie.

Il a été donné d'observer deux incidents : chez un malade éthylique prenant 1 gr. durant six jours, des phénomènes de type polynévritiques, il a fallu quatre jours après cessation de la chimiothérapie pour voir

revenir la force musculaire; chez l'autre malade qui a eu 11 gr. de 693, on a noté une légère anémie à 3.840.000 de globules rouges et une leucocytose normale, le Docteur Aubertin prescrit alors des injections d'extrait de foie de veau et de la vitamine C qui améliorent la situation.

A part ce cas, le Docteur Gouverneur note sur 15 malades auxquels on a pratiqué une numération globulaire : 4 cas à formule normale, 5 cas où le chiffre des hématies était inférieur à 4.000.000, 3 malades présentaient une leucocytose au-dessus de 40.000, dans un cas unique la leucocytose était à 5.000.

Sur 30 examens de sperme, on a noté 18 cas normaux, 12 cas avec des modifications profondes (diminution des spermatozoïdes, formes anormales, macrocéphales, bicéphales ou en haltères.

Les pigments biliaires existent pratiquement toujours au cours du traitement par le 693. Dans certains cas, leur présence est de courte durée après la cessation de la chimiothérapie.

Au cours de ces pages nous n'avons pas eu à enregistrer d'incident qui eut pu mettre la vie du malade en danger. Cela est peut-être dû à la prudence avec laquelle a été employée la sulfamidothérapie, malgré cela il y a eu tout de même 2 incidents prouvant le danger de cette médication et le besoin d'un règlement la concernant.

Quel sera l'avenir de la sulfamidothérapie ? il paraît difficile de le prévoir malgré les succès actuels.

CONCLUSIONS

1° Pour conclure nous pouvons affirmer que grâce à l'emploi du para-amino-phényl-sulfamido-pyridine (693) on obtient une guérison rapide de l'urétrite gonococcique chez l'homme dans environ 80 % des cas sans aucun soin local.

2° Il semble qu'en l'absence de virus locaux, le 698 soit moins efficace chez la femme et que sous son influence le gonocoque transmis à l'homme soit sulfamido-résistant.

3) L'association du 693 au permanganate de potasse semble empêcher la survenue d'une urétrite post-gonococcique, à microbes banaux.

4) l'action inhibitrice des dérivés sulfo-conjugués sur la spermatogénèse est indéniable et dure plusieurs mois.

L'Azoospermie ne semble pas avoir été constatée.

5) Les accidents bénins si fréquents obligent à ne prescrire que des doses faibles et justifieraient une réglementation de cette médication.

6) Si le malade est sulfamido-résistant il faut abandonner la chimiothérapie de crainte d'intoxication et recourir aux méthodes classiques associées à une vaccination spécifique.

Vu : le Doyen de la Faculté,
TIFFENEAU.

Vu : le Président de thèse,
CHEVASSU.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

100000